



Methodik der Assekurata-Tarifanalyse

ASSEKURATA
Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Juni 2018

Die Tariflandschaft in der Privaten Krankenversicherung ist sehr vielfältig und weist große Unterschiede im Hinblick auf den Leistungsumfang sowie die Kalkulation auf. Aufgrund der Vielzahl an Bereichen, aus denen Leistungen herrühren können und der Abstufung in den Versicherungsbedingungen, in welchem Umfang Leistungen übernommen werden, ist es für Kunden und Vermittler äußerst schwierig, einen genauen Überblick zur Qualität der Versicherungsbedingungen zu bekommen. Die juristische Formulierung der Versicherungsbedingungen erschwert dies noch gravierend.

Das dauerhafte Leistungsversprechen des Versicherers ergibt sich explizit aus den Versicherungsbedingungen und den mit dem Versicherungsnehmer im Versicherungsschein getroffenen individuellen Vereinbarungen. Unabhängig von der aktuellen und gegebenenfalls auch schon seit

Jahren bestehenden Leistungserstattungspraxis eines privaten Krankenversicherers ist es dem Versicherungsnehmer nicht möglich, Leistungen einzufordern, die nicht in die Versicherungsbedingungen eingeschlossen sind. Sofern dort zudem nicht präzise beschrieben ist, unter welchen Voraussetzungen der Versicherer die Leistung erstattet, hat der Versicherte auch kein einklagbares Recht darauf. Gerade für Versicherungen, die vom Grundgedanken her auf Lebenszeit abgeschlossen werden, haben die Versicherungsbedingungen deshalb eine besonders hohe Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund hat Assekurata die Tarifanalyse für Produkte der privaten Krankenversicherung entwickelt. Dabei werden zwei Ebenen untersucht: Die Versicherungsbedingungen und die Rechnungsgrundlagen.

Assekurata-Tarifanalyse



Die Tarifbedingungen untersucht Assekurata im Hinblick auf Leistungsstärke, Fairness und Sicherheit. Für jeden Leistungsbereich existiert ein definiertes Prüf- und Bewertungsschema. Zudem fließen die einzelnen Leistungsbereiche mit unterschiedlichen Gewichten in die Bewertung ein. Diese orientieren sich an dem maximalen Kostenrisiko für einzelne Versicherte und an der Häufigkeit, mit der die Leistung vorkommt. Damit ist sichergestellt, dass die Leistungen im Hinblick auf ihre Relevanz für den Kunden im Verfahren adäquat berücksichtigt werden. Dieser Bewertungsansatz stimmt in hohem Maße mit dem Gewicht überein, den eine Leistungsart in der Tarifkalkulation hat. Ein entsprechender Abgleich anhand von

Unternehmensdaten wurde im Rahmen der Verfahrensentwicklung vorgenommen.

Die Rechnungsgrundlagen werden im Hinblick auf ihre Sicherheiten geprüft. Sie bilden die Basis für eine stabile Entwicklung der Beiträge. Dazu gehören zum Beispiel die Höhe des Sicherheitszuschlags und des Rechnungszinses, die kalkulierten Kopfschäden, die Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten sowie die eingerechneten Kosten. Indirekt geht damit auch der Preis im Sinne von Sicherheitsmargen der Kalkulation in die Tarifbewertung ein. Erfüllt ein Tarif die von Assekurata festgelegten Anforderungen einer sicheren Kalkulation insgesamt nicht, erhält er keine Note und somit auch kein Siegel. Werden die Tarifgrundla-

gen hingegen extrem vorsichtig gewählt, kann dies beispielsweise den Beitrag auch über Gebühr erhöhen, was Assekurata ebenfalls berücksichtigt, indem keine Bonuspunkte für Kalkulationsgrundlagen vergeben werden. Die Prüfung der Rechnungsgrundlagen kann somit maximal das Ergebnis der Bedingungsanalyse bestätigen.

Die Gesamtnote hängt zusammengefasst davon ab, wie viel Prozent der von Assekurata geforderten Leistungen die Versicherungsbedingungen eines Tarifs abdecken und ob die Prüfung der Rechnungsgrundlagen bestanden ist. Folgendes Schema wird dabei angewendet:

Notenskala									
sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
ab x %	Note	ab x %	Note	ab x %	Note	ab x %	Note	unter x %	Note
95,0	1,0	78,5	1,6	63,5	2,6	48,5	3,6	35,0	5,0
92,0	1,1	77,0	1,7	62,0	2,7	47,0	3,7		
89,0	1,2	75,5	1,8	60,5	2,8	45,5	3,8		
86,0	1,3	74,0	1,9	59,0	2,9	44,0	3,9		
83,0	1,4	72,5	2,0	57,5	3,0	42,5	4,0		
80,0	1,5	71,0	2,1	56,0	3,1	41,0	4,1		
		69,5	2,2	54,5	3,2	39,5	4,2		
		68,0	2,3	53,0	3,3	38,0	4,3		
		66,5	2,4	51,5	3,4	36,5	4,4		
		65,0	2,5	50,0	3,5	35,0	4,5		

Assekurata vergibt die Note 1,0 nur unter der Voraussetzung, dass kein gravierender Makel in den Grundleistungen festgestellt wird und die Rechnungsgrundlagen sicher sind. Ein gravierender Makel liegt dann vor, wenn der geforderte Umfang in einem Leistungsbereich mit weniger als zwei Drittel erfüllt wird.

Die Assekurata-Tarifanalyse ist eine umfassende Beurteilung aller Versicherungsleistungen gemäß den Tarifbedingungen und unterzieht als einziges Verfahren auch die Kalkulationsgrundlagen einer eingehenden Prüfung. Unternehmen erhalten die Möglichkeit, die Qualität ihrer Produkte zu demonstrieren. Vermittler erhalten Sicherheit für

den Beratungsprozess und Kunden eine Orientierung für ihre Entscheidung. Eine ausführliche Dokumentation der Bewertung versetzt die Unternehmen zudem in die Lage, die Bewertung im Detail nachzuvollziehen und somit auch gezielte Ansatzpunkte für eine Tarifverbesserung zu nutzen.

Die Assekurata-Tarifanalyse ist gemäß EU-Verordnung 1060/2009 über Ratingagenturen eine Nebendienstleistung der ASSEKURATA Assekurata Rating-Agentur GmbH.

Krankheitskostenvollversicherungen

Die Leistungsmerkmale von Krankheitskostenvollversicherungen unterscheiden sich teilweise erheblich. Unter anderem lassen sich Tarife danach differenzieren, ob sie stationäre Wahlleistungen beinhalten, wie etwa Chefarztbehandlung oder Einbettzimmerunterbringung. Assekurata ordnet die Krankheitskostenvollversicherungstarife deshalb nach den Kategorien Standard-, Komfort- und Topschutz ein. Dabei wird ein Tarif, der die Chefarztbehandlung im Krankenhaus und die Unterbringung im Einbettzimmer gewährleistet, grundsätzlich in der Produktkategorie „Topschutz“ bewertet. Bietet der Tarif die Chefarztbehandlung, erfolgt die Zuordnung und Bewertung gemäß den Anforderungen der Kategorie „Komfortschutz“. Zum „Standardschutz“ gehören Tarife, die keine Chefarztbehandlung abdecken.

Unabhängig von der zugeordneten Kategorie unterliegen alle Vollversicherungstarife einer einheitlichen Bewertungssystematik, die nach Grundleistungen und Zusatzleistungen unterscheidet. Die Grundleistungen setzen sich zum einen aus den Basisleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie im SGB V und den zugehörigen

Ausführungsbestimmungen definiert sind, und zum anderen aus darüber hinausgehenden Basisleistungen einer privaten Vollversicherung zusammen. Während die GKV-Basisleistungen durch das Sozialgesetzbuch objektiv beschrieben sind, hat Assekurata die PKV-Basisleistungen anhand einer vorgegeben Systematik definiert. Dazu gehört beispielsweise, dass ein privater Vollversicherungsschutz eine privatärztliche Behandlung abdecken muss. Alle Leistungen, die über die von Assekurata definierten Grundleistungen hinaus gehen, werden als Zusatzleistung gewertet. Ein Beispiel hierfür ist, dass Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Anspruch genommen werden können.

Insgesamt unterscheidet Assekurata 30 Bereiche, aus denen Versicherte gemäß den Tarifbedingungen Leistungen in der Vollversicherung erhalten können. Hinzu kommen „sonstige Leistungen“, die nicht innerhalb der 30 Leistungsbereiche abgedeckt werden, z.B. zusätzliche Leistungen für Haushalthilfen, Pauschalen für Kinderbetreuung oder Leistungen für medizinische Schulungen von chronischen Kranken.

Leistungsbereiche Krankheitskostenvollversicherungen

Anerkannte Behandelnde	Zahnbehandlung	Entziehung/Entwöhnung	Schutzimpfungen	Soziotherapie
Anerkannte Honorare	Anschlussheilbehandlung	Kieferorthopädie	Palliative Versorgung	Sozialpädiatrische Maßnahmen
Krankenhäuser	Zahnersatz	Generelle Einschränkungen	Reha-/Kurmaßnahmen	Sonstiges
Leistungen im Krankenhaus	Arznei- und Verbandmittel	Kranken Transporte	Eintritt GKV-Vers.-Pflicht	
Hilfsmittel	Häusliche Pflege	Vorsorge	Alternativmedizin	
Heilmittel	Ambulante Psychotherapie	Kinderwunschbehandlung	Kindernachversicherung	
Ausland	Akutleistungen bei Reisen	Rücktransport		
	Verlegung Aufenthalt innerhalb EWR	Verlegung Aufenthalt außerhalb EWR		

Innerhalb der Grundleistungen kommt den Leistungsbereichen „Anerkannte Behandelnde“, d.h. medizinische Leistungserbringer, „Anerkannte Honorare“, „Krankenhäuser“ und „Leistungen im Krankenhaus“ eine besondere Rolle zu. Diese sind

als sogenannte Kernbereiche festgelegt. Ist einer der genannten Leistungsbereiche ausgehöhlt und erfüllt somit weniger als ein Drittel der geforderten Leistungen, so führt dies pro betroffenem Leistungsbereich zu einer Abstufung des Gesamt-

ergebnisses um jeweils eine ganze Note. Aber auch eine Häufung von schlechten Bewertungen in den übrigen Grundleistungsbereichen kann zu einer Notenabstufung führen. Sollten mit Ausnahme des Bereichs „Sonstiges“ 7 Leistungsbe- reiche oder mehr ausgehöhlt sein oder vollständig fehlen, so erfolgt eine Abstufung des Gesamtur- teils um eine ganze Note. Sollten gar 11 der Grundleistungsbereiche oder mehr ausgehöhlt sein oder vollständig fehlen, so erfolgt eine Abstu- fung um zwei ganze Noten. Dahinter steht die Überlegung, dass ein Tarif in den Grundleistun- gen durchweg ein ausreichendes Leistungsniveau aufweisen soll. Aus diesem Grund berücksichtigt Assekurata beispielsweise Zusatzleistungen auch nur in begrenztem Maße. Damit verhindert die Bewertungsmethodik ein Tarifdesign, das sich stark an einzelnen Bewertungskriterien ausrichtet.

Beihilfeergänzungsversicherungen

Die Tarifanalyse für Beihilfeergänzungsversiche- rungen baut auf der Systematik für die Krank- heitskostenvollversicherung auf. Somit differen- ziert Assekurata auch hier nach Grundleistungen und Zusatzleistungen. Als Teil der Grundleistun- gen orientieren sich die Basisleistungen jedoch an den Beihilfeleistungen gemäß der Bundesbeihilfe- verordnung, während das Bewertungsverfahren in der Krankheitskostenvollversicherung auf dem GKV-Niveau gemäß Sozialgesetzbuch aufbaut. Die untersuchten Leistungsbereiche sind analog zu der Krankheitskostenvollversicherung. Unter-

Innerhalb der Grundleistungen kommt den Lei- stungsbereichen „Definition des Versicherungsfalls und der Pflegegrade“, „Feststellung der Pflegebe- dürftigkeit und Einstufung in ein Pflegegrad“, „Abgrenzung von ambulante zu stationäre Pfl- ege“ sowie „Regelung der Dynamik“ jeweils eine besondere Rolle zu. Diese sind als sogenannte Kernbereiche festgelegt. Ist einer der genannten Leistungsbereiche ausgehöhlt und erfüllt somit weniger als ein Drittel der geforderten Leistungen, so führt dies pro betroffenem Leistungsbereich zu einer Abstufung des Gesamtergebnisses um je- weils eine ganze Note. Dahinter steht die Überle- gung, dass ein Tarif in diesen besonders wichti- gen Grundleistungen durchweg ein ausreichendes Leistungsniveau aufweisen soll. Zudem verhindert

schiede ergeben sich z.B. aufgrund des abwei- chenden Charakters der Beihilfetarife als Ergän- zungsversicherung in Teilbereichen, wie etwa bei der Alternativmedizin oder bei Akutleistungen im Ausland, welche als Beihilfe-Basisleistung gewer- tet werden, wohingegen sie in der Krankheitskos- tenvollversicherung keine GKV-Basisleistung ge- mäß Sozialgesetzbuch darstellen.

Pflegetaggeldversicherungen

Gemäß der Tarifanalysemethodik unterscheidet Assekurata auch im Bereich der Pflegetagegeld- versicherungen nach Grundleistungen und Zu- satzleistungen. Dabei basieren die Grundleistun- gen auf den Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung. Grundleistun- gen sind etwa die Feststellung und die Einstufung im Pflegefall oder die Abgrenzung von ambulanter und stationärer Pflege. Über die Grundleistungen hinausgehende Produktmerkmale oder Leistun- gen, die Assekurata explizit nicht als Grundlei- stung fordert, wie etwa Einmalleistungen oder eine Beitragsbefreiung im Pflegefall, bilden die Zusatz- leistungen.

Insgesamt unterscheidet Assekurata 20 Bereiche, aus denen Versicherte gemäß den Tarifbedingun- gen differenzierte Leistungen in der Pflegetage- geldversicherung erhalten können. Für jeden Lei- stungsbereich existieren eigene Prüf- und Bewer- tungskriterien.

die Bewertungsmethodik ein Tarifdesign, das stärkere Schwerpunkte auf Leistungsbereiche legt, die für den Kunden wirtschaftlich von geringerer Bedeutung sind oder nur sehr selten eintreten.

GKV-Zusatzversicherungen

Im Bereich der GKV-Zusatz-versicherungen unter- sucht Assekurata Zahnzusatzversicherungen für Erwachsene bzw. für Kinder und Jugendliche so- wie stationäre Zusatzversicherungen mit Einbett- und Zweibettzimmerunterbringung. Auch hier wendet Assekurata das Grundprinzip der Untertei- lung in Grund- und Zusatzleistungen (s.o.) an.

In der Zahnzusatzversicherung bewertet Assekurata neun Leistungsbereiche:

Leistungsbereiche Zahnzusatzversicherungen

Zahnersatz	Inlays/plastische Füllungen	Implantatversorgung
Verblendungen	Individualprophylaxe	Zahnbehandlung
Funktionsanalyse und -therapie	Kieferorthopädie	Sonstiges

Aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Knochenwachstums kann bei Kindern und Jugendlichen eine Implantatversorgung in der Regel nicht erfolgen, weshalb dieser Leistungsbereich in entsprechenden Tarifen nicht bewertet wird. Für Kinder und Jugendliche sieht Assekurata vielmehr die „Kieferorthopädie“ als Kernleistung an. Für Erwachsene ist der Leistungsbereich „Zahnersatz“

als Kernleistung definiert. Sind diese Leistungsbereiche ausgehöhlt und erfüllen somit weniger als ein Drittel der geforderten Leistungen, so führt dies zu einer Abstufung des Gesamtergebnisses um eine ganze Note. Dies gilt für stationäre Zusatztarife gleichsam für den Kernleistungsbereich „Akutbehandlung“. Insgesamt werden hier sieben Leistungsbereiche bewertet:

Leistungsbereiche Stationäre Zusatzversicherungen

Akutbehandlung	Anschlussheilbehandlung	Gemischte Anstalten
Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen	Privatkliniken	Entgiftung
Sonstiges		

Um sich vor der starken Altersabhängigkeit des Schadenverlaufes zu schützen, sind aus Sicht von Assekurata stationäre Zusatzversicherungen sinnvoll, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind und somit Alterungsrückstellungen aufbauen. Dazu gehören auch Mischformen, die in jüngeren Altern auf Risikobasis kalkuliert sind, jedoch ab einem bestimmten Alter automatisch in einen Tarif mit Alterungsrückstellungen umgestellt werden oder eine Beitragsentlastungskomponente beinhalten.

Hingegen spricht nach Auffassung von Assekurata bei Zahntarifen nichts gegen eine Kalkulation nach Art der Schadenversicherung, d.h. auf Risikobasis ohne Alterungsrückstellungen, weil hier die Schadenbelastung im Alter zurückgeht. Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Kalkulation in der Regel auf Risikobasis, wobei sich der Beitrag durch Wechsel der Altersgruppen nach oben und unten verändern kann.